

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

T08-2

記号	
番号	

常務理事	事務局長	課 長		担 当 者

※次の場合は被保険者の押印を省略できます。・自署の場合 ・確認欄の要件に該当し☑を入れた場合（任意継続被保険者の方は除く）

氏 名 ※		年齢	生 年 月 日			続柄	適用除外等の理由	該当・非該当 の別	該当・非該当 の年月日				
被 保 険 者	Ⓜ	歳	昭和 ・ 平成	年	月	日	本人	1 自己都合による国外居住者 2 身体障害者療養施設の入居者 3 在留資格3ヶ月以下の外国人	1 該 当 2 非該当	令和	年	月	日
	住 所						備 考						
被 扶 養 者		歳	昭和	年	月	日		1 自己都合による国外居住者 2 身体障害者療養施設の入居者 3 在留資格3ヶ月以下の外国人	1 該 当 2 非該当	令和	年	月	日
	住 所						備 考						

◎被扶養者のみ届け出る場合も、被保険者の氏名と生年月日を記載する必要があります。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事 業 主 証 明 欄	確 認 欄	☐	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
	この届の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地	〒 -	
事業所名称			
事業主氏名	Ⓜ		

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ